

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____
 SS #: _____ - _____ - _____ Estado civil: S C V D Nombre de esposo(a): _____
 Teléfono #: Casa () _____ - _____ Celular () _____ - _____ E-mail: _____
 Modo de Comunicación Preferida (Elija Uno): Teléfono Texto E-mail Idioma Preferido: Inglés Español

Raza:	Etnicidad:	Como fue referido:
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Paciente
<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Not Hispano	<input type="checkbox"/> Doctor _____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Internet _____
<input type="checkbox"/> Declinar	<input type="checkbox"/> Declinar	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Farmacia (nombre, Dirección, Teléfono #): _____

 Mail Order: No Si _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO PRIMARIO

Compañía de Seguro: _____
 Plan ID#: _____ Group#: _____
 Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____
 SS# Del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO ADICIONAL

Compañía de Seguro: _____
 Plan ID#: _____ Group#: _____
 Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____
 SS# Del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____

CONTACTO PARA RESULTADOS

Yo autorizo a Sanitas que me informe mis resultados:

<input type="checkbox"/> En forma personal	<input type="checkbox"/> Otro Contacto:
<input type="checkbox"/> Casa	Nombre: _____
<input type="checkbox"/> Celular	Parentesco: _____
<input type="checkbox"/> Otro: () _____ - _____	Teléfono #: () _____ - _____

Contestador Automático: No Si

Ha sufrido Ud. alguna lesión en su trabajo? No Si Son sus Lesiones consecuencia de un accidente? No Si

EN CASO DE EMERGENCIA:

Notificar a: _____ Parentesco: _____ Teléfono#: _____

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO:

Autorizo a mi seguro médico para que efectúe pagos a Health Service Systems, Inc. por los servicios recibidos. Me hago responsable por los gastos no cubiertos por mi seguro. Autorizo para que se envíe la información necesaria a mi seguro a fin de que se efectúen los pagos pertinentes.

Firma del paciente

Fecha